

Vaccination COVID-19/Coronavirus

Guide de préinscription

Mise à jour: 10 mars 2021



Vaccination COVID-19/Coronavirus

Guide de préinscription

Le Département de la Santé (DC Health) du District de Columbia progresse dans le travail de planification de la distribution du vaccin COVID-19/Coronavirus. En collaboration avec le gouvernement fédéral et les partenaires locaux du district, nous planifions la distribution du vaccin COVID-19/Coronavirus au fur et à mesure que les doses sont mises à disposition..

Pour recevoir le vaccin, vous devez vous préinscrire pour un rendez-vous.

Veillez utiliser ce guide pour vous aider dans le processus de préinscription en ligne pour un rendez-vous.

Avant de commencer:

Veillez examiner et réunir les renseignements nécessaires pour effectuer votre préinscription.

Renseignements démographiques :
Race, origine ethnique, sexe, âge

Antécédents médicaux :
Renseignements sur les affections et les allergies actuelles

Antécédents COVID-19/Coronavirus :
Infections, examens ou vaccinations

Informations de contact :
Adresse, téléphone et/ou courriel

Si vous ne parvenez pas à accéder au portail de vaccination en ligne ou si vous n'avez pas accès à Internet, veuillez contacter le centre d'appels du district au 855-363-0333 pour une assistance dans le cadre des inscriptions pour le vaccin.

Comment se préinscrire en ligne pour un rendez-vous de vaccination

1. Sur vaccinate.dc.gov, cliquez sur le bouton vert « Se préinscrire ici » pour commencer

The screenshot shows the top navigation bar of the website with links for Home, Phase Two, Testing, Vaccine, DC CAN, Recovery, Food, Utilities, Data, Operating Status, Health Guidance, and News. A search bar and a language selection dropdown are also visible. The main content area features a green button labeled 'Get Pre-Registered Here' and a red callout box with the text 'Inscrivez-vous à l'avance ici'. Below the button are two links: 'Sign up to get vaccine updates here' and 'Learn more about the COVID-19 vaccines'.

Note: For the best experience, please use a modern web browser such as Chrome, Safari, Edge, or Firefox. Internet Explorer will not work. Your computer should also be using the following operating system: Windows 7, 8.1, 10 and above and iOS Leopard and above (Version 11).



Additional Websites

Resources



Remarque : Pour optimiser votre expérience, veuillez utiliser un navigateur Web moderne tel que **Chrome, Safari, Edge ou Firefox**. Internet Explorer ne fonctionnera pas.

Assurez-vous également que votre ordinateur utilise le système d'exploitation suivant : Windows 7, 8.1, 10 et versions ultérieures, iOS Leopard et versions ultérieures (Version 11).

2. Vous êtes maintenant dans le portail de préinscription à la vaccination COVID-19/Coronavirus.

Lorsque vous êtes prêt, cliquez sur Répondre au questionnaire.

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Staff Sign In

WE ARE DISTRICT OF COLUMBIA
DC MURIEL BOWSER, MAYOR

COVID-19 Vaccination Pre-Registration

To pre-register for a COVID-19 vaccination, please fill in the required questionnaire so that DC Health can gather information regarding your readiness for a COVID-19 vaccination. Once you have registered, DC Health will contact you when it is time for you to book your vaccination appointment. You will need to provide the following details:

- Demographic details**
Such as race, ethnicity, gender, age
- Medical history**
Current/past ailments and allergy information
- COVID-19 history**
History of any COVID-19 infections, testing or vaccinations
- Contact information**
Your contact details

Répondez au questionnaire

Take Questionnaire

Dans certains cas, si trop de personnes essaient de se préinscrire en même temps que vous, vous pouvez recevoir l'avis suivant. Attendez un peu, lorsque des places se libéreront, vous pourrez accéder au portail de préinscription. Ne quittez pas cette page.

ALTH
DISTRICT OF COLUMBIA

Thanks for your patience.

The good news? Lots of your neighbors are trying to get into the portal.

The bad news? We need you to hang out here for a bit longer. We are working to make sure we capture everyone's information. And as soon as some space frees up, you will be able to get in.

DC NEEDS MORE VACCINE

3. Veuillez répondre à toutes les questions marquées d'un astérisque rouge*.

Pour commencer, indiquez si vous êtes un résident ou un non-résident travaillant à Washington.

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

This questionnaire is designed to gather information regarding your readiness for COVID-19 vaccination, and offer guidance and instruction to ensure your safety.

Are you a District Resident or Work in the District of Columbia? *

Ce questionnaire est conçu pour recueillir des informations sur votre préparation à la vaccination contre le COVID-19 et pour fournir des conseils et des instructions pour assurer votre sécurité.

Vous habitez ou travaillez dans le district de Columbia?

Vous répondrez ensuite aux questions liées à votre emploi, y compris le secteur dans lequel vous travaillez, si vous allez actuellement travailler en personne, ainsi que les coordonnées de votre employeur et votre adresse de travail.

Veuillez noter que si vous sélectionnez «Non, je ne travaille pas», vous n'aurez pas à fournir les coordonnées de l'employeur ni l'adresse de travail.

Work-related Information

Are you required to report in to work in Person? *

No

Do you work in one of the following settings? *

Grocery Store

Employer Information

Employer Name *

Employer Address *

Employer City *

Employer State *

Employer Zip Code *

Informations sur le poste

Non
Oui

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'Employeur

Adresse de l'employeur

Adresse de l'employeur

Statut d'employeur

Code postal de l'employeur

Liste complète des secteurs de travail à la page suivante.

Anglais	French
Healthcare (to include Veterinary Care)	Soins de santé (pour inclure les soins vétérinaires)
Grocery Store	Épicerie
Food Packaging and Distribution	Emballage et distribution alimentaire
Manufacturing	Fabrication
Outreach workers in health, human, or social services	Agents de proximité dans les domaines de la santé, des services à la personne ou des services sociaux
K-12 Education	Éducation K-12
Child Care	Garde d'enfants
Law Enforcement/Public Safety	Application de la loi / sécurité publique
Correctional Facility/Detention Center	Établissement correctionnel / centre de détention
Courts and Legal Services	Tribunaux et services juridiques
Food Service	Service alimentaire
Public (Mass) Transit	Transport en commun (de masse)
US Postal Service	Service postal américain
Local Government Agency	Agence gouvernementale locale
Federal Government Agency	Agence gouvernementale fédérale
Non-Public Transit Transportation Services (i.e. For-Hire Vehicles such as Taxi, Uber, Lyft)	Services de transport autres que les transports en commun (c.-à-d. Pour la location Véhicules tels que Taxi, Uber, Lyft)
Logistics/Delivery Services (i.e. UPS, FedEx)	Services de logistique / livraison (c.-à-d. UPS, FedEx)
Construction	Construction
Institution of Higher Education (i.e. colleges, universities, trade schools)	Établissement d'enseignement supérieur (c.-à-d. Collèges, universités, commerce écoles)
Information Technology	Technologie de l'information
Media and Mass Communications	Médias et communications de masse
Public Works and Public Utilities	Travaux publics et services publics
No, I do not	Non

4. À présent, vous allez fournir des renseignements médicaux afin de nous assurer que vous pouvez recevoir le vaccin en toute sécurité. On vous demandera si vous êtes déjà tombé malade après avoir reçu un vaccin et s'il s'agit de votre première dose du vaccin COVID-19/Coronavirus.

Ensuite, consultez la liste des affections médicales. Si l'affection dont vous souffrez figure sur la liste, sélectionnez "Oui".

Medical & Preference Information

Have you had any severe reaction to a vaccine before?
 No Yes

Will this be your first COVID-19 vaccine dose?
 No Yes

Have you been diagnosed with one of the following medical conditions by your healthcare provider:

- Asthma
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), and other Chronic Lung Disease
- Bone Marrow and Solid Organ Transplantation
- Cancer
- Cerebrovascular Disease
- Chronic Kidney Disease
- Congenital Heart Disease
- Diabetes Mellitus
- Heart Conditions, such as Heart Failure, Coronary Artery Disease, and Cardiomyopathies
- HIV
- Hypertension
- Immunocompromised State
- Inherited Metabolic Disorders
- Intellectual and Developmental Disabilities
- Liver Disease
- Neurologic Conditions
- Obesity, BMI \geq 30 kg/m²
- Pregnancy
- Severe Genetic Disorders
- Sickle Cell Disease
- Thalassemia

Do you have a preference for one of the COVID-19 vaccines? *

No Preference

Avez-vous déjà eu une réaction grave à un vaccin?

Est-ce que ce sera votre première dose du vaccin COVID-19 / Coronavirus?

Votre fournisseur de soins de santé vous a-t-il diagnostiqué l'une des conditions médicales suivantes?

- Asthme
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et autres maladies pulmonaires chroniques
- Greffe de moelle osseuse et d'organe solide
- Cancer
- Maladie cérébrovasculaire
- Maladie rénale chronique
- Maladie cardiaque congénitale
- Diabète mellitus
- Maladies cardiaques, telles que l'insuffisance cardiaque, la maladie coronarienne ou les cardiomyopathies
- VIH
- Hypertension
- État immunodéprimé
- Troubles métaboliques héréditaires
- Déficience intellectuelle et développementale
- Maladie du foie
- Troubles neurologiques
- Obésité (IMC de 30 kg / m² ou plus)
- Grossesse
- Troubles génétiques graves
- L'anémie falciforme
- Thalassémie

Avez-vous une préférence pour l'un des vaccins COVID-19 / Coronavirus?

Ici, la possibilité vous est donnée de choisir le vaccin que vous préférez. Vous pouvez faire un choix à partir de la liste actuelle des vaccins disponibles – Pfizer, Moderna ou Johnson et Johnson – ou vous pouvez sélectionner « Aucune préférence »

Cliquer sur Suivant pour continuer.

5. Entrez votre adresse. Il suffit de commencer à saisir votre adresse dans le champ Recherche d'adresse et le champ de sélection.

Au fur et à mesure que vous saisissez, un menu déroulant s'affiche avec les adresses correspondant aux lettres initiales que vous avez entrées afin de vous permettre de remplir de manière automatique votre adresse complète.

Ou saisissez votre adresse manuellement à la ligne 1*

The image shows a screenshot of the DC Health website's address search form. The form is titled "Address Search & Select (just start typing your address)". It includes several input fields: "Address Line 1 *", "Apartment, Suite, Unit Number", "City *", "State *", and "Zip Code *". Red callout boxes with white text point to each field, providing French labels: "Recherche et sélection d'adresses (commencez simplement à saisir votre adresse)" for the search field, "Adresse 1" for Address Line 1, "Appartement, pièce, numéro d'unité" for Apartment, Suite, Unit Number, "Ville" for City, "État" for State, and "Code postal" for Zip Code. The DC Health logo and "GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA" are visible at the top left, and a "Staff Sign In" link is at the top right.

6. Saisissez votre nom, vos données démographiques et votre date de naissance.

Information personnelle

Personal Information

First Name *

Middle Name

Last Name *

Gender *

Race *

If other race, please specify

Please describe your ethnicity *

Please provide your date of birth.

Month *

Day *

Year *

Prénom

Deuxième prénom

Le nom

Sexe: homme, femme, non binaire, autre

Race

Si vous avez sélectionné «Autre race», veuillez préciser.

Décrivez votre appartenance ethnique

Veillez indiquer votre date de naissance.

Mois

Jour

Année

Anglais	French
Black or African-American	Noir ou afro-américain
White	Blanc
Asian	Asiatique
American Indian or Alaska Native	Amérindien ou natif de l'Alaska
Native Hawaiian or Other Pacific Islander	Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
Other Race	Autre race
Prefer not to specify	Préfère ne pas répondre
Unknown/Undetermined	Inconnu / Indéterminé

7. Ensuite, vous allez indiquer votre méthode de contact préférée.

Si vous n'avez pas d'adresse électronique, cliquez sur la case à côté de « Je n'ai pas d'adresse électronique »

ou si vous préférez recevoir un appel téléphonique, cochez la case à côté de l'option « Souhaitez-vous que nous vous contactions quand il sera temps de prendre votre rendez-vous ? »

Saisissez votre adresse électronique (si vous en avez une) et votre numéro de téléphone.
Ensuite, vous sélectionnez votre langue préférée

The image shows a web form titled "Communication" with several input fields and checkboxes. Red callout boxes with white text point to specific fields:

- Je n'ai pas d'adresse e-mail.** points to the checkbox "I do not have an email address".
- Avez-vous besoin de nous pour vous appeler au moment de prendre rendez-vous?** points to the checkbox "Do you need us to call you when it's time to book your appointment?".
- Adresse de courrier électronique** points to the "Email Address *" field.
- Confirmez votre adresse email** points to the "Confirm Email Address *" field.
- Numéro de téléphone** points to the "Phone Number *" field.
- Numéro de téléphone portable (des frais standard peuvent s'appliquer)** points to the "Mobile Phone Number (standard charges may apply)" field.
- Quelle langue préférez-vous que nous utilisions pour communiquer avec vous?** points to the dropdown menu for language selection, which currently shows "English".
- Veillez fournir une adresse e-mail secondaire de la personne qui peut recevoir une copie de toutes les communications que nous avons avec vous.** points to the "Email Address" field in the "Secondary Contact" section.

At the bottom of the form, there are "Previous" and "Next" buttons. A red arrow points from the "Next" button area up to the "Secondary Contact" email field.



Cliquer sur Suivant pour continuer.

Si vous avez un deuxième point de contact ou que vous remplissez ce formulaire au nom d'un membre de la famille ou d'un ami, vous pouvez ajouter une deuxième adresse e-mail ici pour recevoir des confirmations par e-mail et des notifications de rendez-vous.

8. Sur la page suivante, il vous sera demandé de vérifier vos informations. Vérifiez le formulaire pour vous assurer que tout est correct.

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Staff Sign In

This questionnaire is designed to gather information regarding your readiness for COVID-19 vaccination, and offer guidance and instruction to ensure your safety.
Please verify your information below.

Personal Information

First Name * Derek	Middle Name -
Last Name * Drew	Birth Date (DOB) * 1/1/1952
Gender * Male	Race * White
If other race, please specify. -	Ethnicity * Prefer not to specify
Email Address * derek@email.com	Secondary Contact Email Address -
Phone Number * 202-292-0935	Mobile Phone Number -

Address

Address Line 1 * 21 Quincy PI NE	Apartment, Suite, Unit Number -
City * Washington	State * District of Columbia 20002
Zip Code * 20003	

By clicking "next" you agree that the above information is accurate. You also agree to DC Health's privacy policy. By providing your information, you authorize us to share your personally identifiable information with our healthcare partners involved in the District's vaccination program. A copy of our privacy policy can be found by clicking [here](#).

I verify that the above information is accurate *

Previous Next



Si certaines informations ne sont pas correctes, cliquez sur « Précédent » pour revenir à votre formulaire et apportez les modifications nécessaires.



Si toutes les informations sont correctes, cliquez sur la case à côté de l'option « Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes », puis sélectionnez Suivant.

Haga clic en "Siguiete" para continuar.

Toutes nos félicitations! Vous vous êtes pré-enregistré avec succès pour votre vaccin COVID-19 / Coronavirus.

Thank you for pre-registering, Derek!



You are now on the list.

Derek Drew:

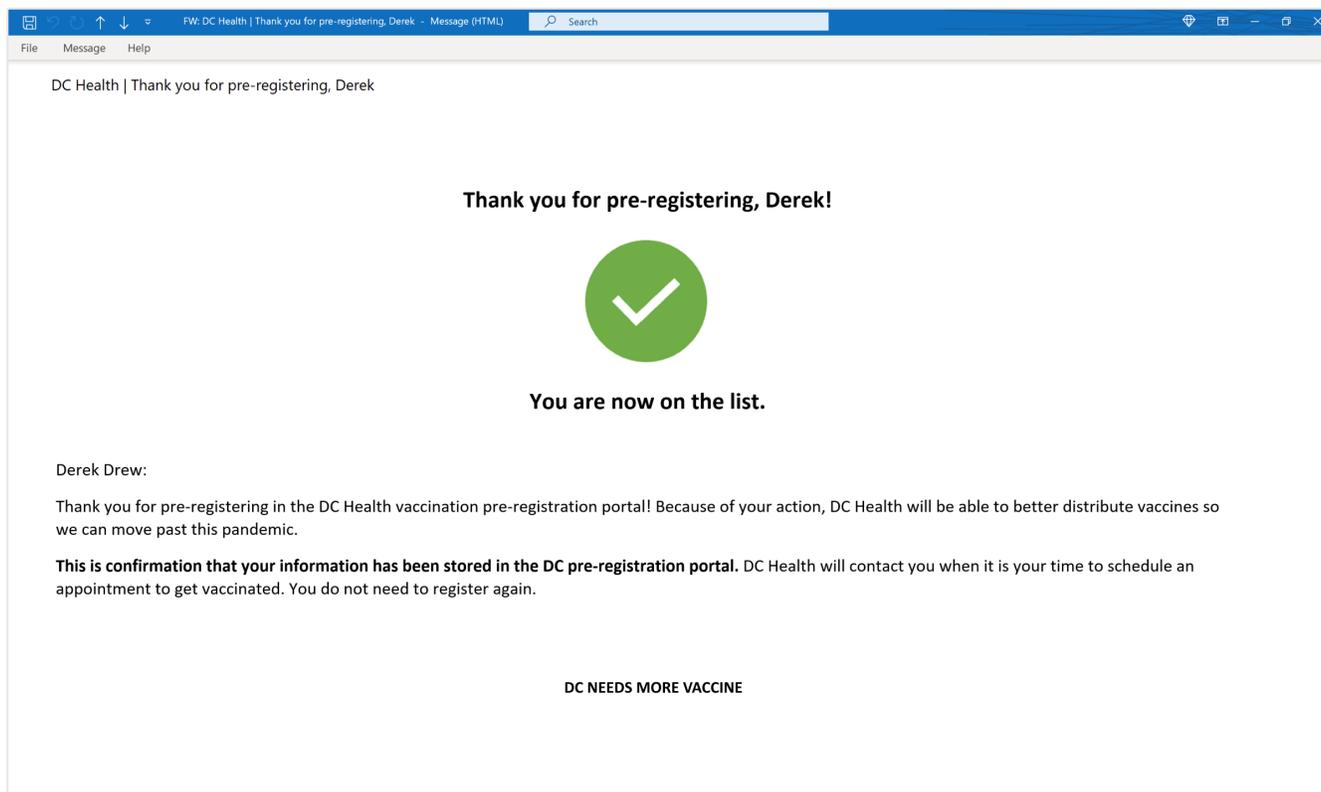
Thank you for pre-registering in the DC Health vaccination pre-registration portal! Because of your action, DC Health will be able to better distribute vaccines so we can move past this pandemic.

This is confirmation that your information has been stored in the DC pre-registration portal. DC Health will contact you when it is your time to schedule an appointment to get vaccinated. You do not need to register again.

Confirmation de l'email

En fonction de l'heure de votre inscription anticipée, vous recevrez un e-mail pour confirmer que vous êtes déjà sur la liste. (Vérifiez également vos dossiers de courrier indésirable et de courrier indésirable.)

Si après 24 heures vous ne trouvez pas votre e-mail de confirmation, veuillez envoyer un e-mail à vaccinedc@dc.gov pour obtenir de l'aide.



Assistance supplémentaire

Si vous rencontrez des difficultés, veuillez envoyer un e-mail à vaccinatedc@dc.gov pour obtenir de l'aide. Vous pouvez également appeler la hotline du district au 855-363-0333 pour obtenir de l'aide concernant l'enregistrement préalable de la vaccination. Pour recevoir des alertes par e-mail ou par SMS sur les annonces futures, visitez vaccinate.dc.gov.